

c 156

156 d.c.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FACULDADE DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CLÍNICAS.

Cirúrgica

ANÁLISE DE 17 CASOS DE CARCINOMA DE
CÓLON E RETO, DIAGNOSTICADOS E TRATA-
DOS NO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE CRICIÚMA
NO PERÍODO DE JANEIRO DE 1970 À MAR-
ÇO DE 1983.

DOCTORANDOS:

ROZENIR RAMÓS

AGENOR A. SIMON.

NOTA: 10 (dez)

Boatieri

Criciúma, 20 de maio de 1983.

AGRADECIMENTOS

Ao Centro de Estudos do Hospital São José, na pessoa de seu Presidente Dr. Albino José de Souza Filho e seu Secretário Dr. Manoel Carlos Cardoso;

Ao Dr. Sergio Luiz Bortoluzzi e Dr. Sergio Haertel Alice;

Às secretárias Ana da Silva Ronconi, Edna Albertina Goulart e Urlete Goulart;

À Ione Espindola e aos funcionários do Same e Setor de Contas, pessoal orientador e amigo, que nos auxiliou na realização deste trabalho.

I - ÍNDICE

F1

I - INTRODUÇÃO.....	01
II- MATERIAL E MÉTODOS.....	02
III-ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS CASOS.....	03
1. Tabela I	03
2. Tabela II	04
3. Tabela III	05
4. Tabela IV-1.....	06
5. Tabela IV-2.....	06
6. Tabela V-1.....	07
7. Tabela V-2.....	07
8. Tabela VI.....	08
9. Tabela VII.....	09
10. Tabela VIII.....	10
11. Tabela IX.....	11
12. Tabela X.....	12
13. Tabela XI.....	13
14. Tabela XII.....	14
IV - DISCUSSÃO.....	15
.....	16
.....	17
.....	18
.....	19
.....	20
.....	21
.....	22
.....	23
V - CONCLUSÕES.....	24
VI- RESUMO.....	25
VII-SUMMARY.....	26
VIII-REFEFÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS.....	27.
.....	28

II - MATERIAL E MÉTODOS

A análise retrospectiva dos casos, foi baseada no livro de registro de internação hospitalar e nos prontuários médicos dos pacientes, no Hospital São José de Criciúma.

São 17 casos de Adenocarcinoma de Cólon e Reto, comprovados anátomo-patologicamente, no período de Janeiro de 1970 à Março de 1983.

Destes , 9 eram homens e 8 eram mulheres, entre a segunda e a nona década de vida, sendo todos de raça branca.

Os pacientes foram analisados segundo a faixa etária, sexo e segmento intestinal acometido, ~~segmento intestinal acometido~~, classificação anátomo-patológica, sinais e sintomas, procedimentos diagnósticos realizados e tempo de sobrevida, em relação a classificação de Broders, nos casos que foram ao óbito.

Considerou-se o intestino grosso, como formado por quatro segmentos intestinais: Cólon direito, constituído pelo ceco, cólon ascendente e flexura hepática; cólon transversal; cólon esquerdo, constituído por flexura esplênica, cólon descendente e sigmóide; e Reto.

IV - ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE CASOS

TABELA I - CARCINOMA DE CÓLON E RETO DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA.

Grupo etário	Nº de casos		ABSOLUTO	%
10 - 20			01	5,88
20 - 30			00	0,00
30 - 40			02	11,76
40 - 50			01	5,88
50 - 60			06	38,90
60 - 70			06	38,90
70 - 80			00	0,00
80 - 90			01	5,88
TOTAL			17	100

FONTE: ARQUIVO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE CRICIÚMA.

A grande maioria dos casos, incidiu na faixa etária compreendida entre 50 e 70 anos (77,80%). Abaixo dos 50 anos, a incidência foi de 23,52%, sendo que em um caso a idade do paciente era 18 anos.

Na faixa dos 70 aos 90 anos, a incidência foi de apenas 5,88%.

TABELA II - CARCINOMA DE CÓLON E RETO DE ACORDO COM O SEXO E SEGMENTO INTESTINAL ACOMETIDO.

Sexo \ Segmento Intestinal	CÓLON						RETO		TOTAL	
	DIREITO			ESQUERDO						
	Nº	%		Nº	%		Nº	%	Nº	%
MASCULINO	03	17,65		01	5,88		05	29,41	09	52,94
FEMININO	00	0,00		04	23,53		04	23,53	08	47,06
TOTAL	03	17,65		05	29,41		09	52,94	17	100

FONTE: ARQUIVO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE CRICIÚMA.

Analisando a tabela II, observa-se um leve predomínio das neoplasias do intestino grosso, no sexo masculino.

Quanto ao segmento intestinal acometido, verifica-se que todos os tumores de cólon direito ocorreram no sexo masculino, enquanto que no sexo feminino houve predomínio dos tumores de cólon esquerdo.

Os Tumores de Reto tiveram um discreto predomínio no sexo masculino, em relação ao sexo feminino.

Considerando-se somente o sexo masculino, há uma maior incidência dos tumores de reto em relação aos de cólon.

TABELA III - CARCINOMA DE CÓLON E RETO. INCIDÊNCIA DE ACORDO COM O SEGMENTO INTESTINAL ACOMETIDO.

NO de casos Segmento intestinal	ABSOLUTO	%
CÓLON ESQUERDO	5	29.41
CÓLON DIREITO	3	17.65
RETO	9	52,94
TOTAL	17	100

FONTE: ARQUIVO DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE CRICIÚMA.

A incidência do carcinoma de acordo com o segmento intestinal acometido, mostra um predomínio das neoplasias retais (52,94%), seguida pelo cólon esquerdo (29,41%) e cólon direito (17,65%).

TABELA IV - CLASSIFICAÇÃO DE BRODERS E DUKES EM 8 TOMORES DE
CÓLON.

IV. 1

Classificação Broders	CASOS	Nº	%
GRAU I		-	-
GRAU II		6	75,00
GRAU III		2	25,00
GRAU IV		-	-
TOTAL		8	100,00

IV. 2

Classificação Dukes	CASOS	Nº	%
GRUPO A		1	12,5
GRUPO B		2	25,00
GRUPO C		5	62,5
TOTAL		8	100,0

FONTE: ARQUIVO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE CRICIÚMA-

Para os tumores de cólon, 75% foram classificados como grau II de Broders, e 25% como grau III. Não houve achado compatível com grau I.

Segundo a classificação de Dukes, 62,5% pertenciam ao grupo C, 15% ao grupo B e 12,5% ao grupo A.

TABELA V - CLASSIFICAÇÃO DE BRODERS E DUKES EM 9 TUMORES DE RETO.

V. 1

CLASSIFICAÇÃO BRODERS	CASOS	Nº	%
GRAU I		01	11,11
GRAU II		06	66,67
GRAU III		02	22,22
GRAU IV		00	0,00
TOTAL		09	100

V. 2

CLASSIFICAÇÃO DUKES	CASOS	Nº	%
GRAU A		02	22,22
GRAU B		00	0,00
GRAU C		07	77,78
TOTAL		09	100

FONTE: ARQUIVO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE CRICIÚMA.

Segundo Broders, 66,67% dos tumores foram classificados como grau II, 22,22% como grau III e 11,11% como grau I.

De acordo com Dukes, 77,78% dos tumores pertenciam ao Grupo C, enquanto que 22,22% ao grupo A.

TABELA VI - ANÁLISE DOS PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS EM 3 CASOS DE TUMOR DE CÓLON DIREITO.

SEGMENTO INTESTINAL \ SINAIS E SINTOMAS	TUMOR PALPÁVEL	DISTENSÃO ABDOMINAL	FEZES AFILADAS	DOR	MUCO E OU SANGUE NAS FEZES	ENTERORRAGIA	TENESMO	EMAGRECIMENTO	DIARRÉIA	OBSTIPAÇÃO
CÓLON DIREITO	-	-	-	2	-	1	-	2	2	-
	-	-	-	66,67%	-	33,33%	-	66,67%	66,67%	-

FONTE: ARQUIVO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE CRICIÚMA.

Dor, emagrecimento e diarréia, ocorreram com maior frequência (66,67%). Enterorragia esteve presente em 33,33%. Nenhum paciente apresentou tumor palpável, distensão abdominal, fezes afiladas, muco ou sangue nas fezes, tenesmo e obstipação.

TABELA VII - ANÁLISE DOS PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS EM 5 CASOS DE TUMOR DE CÓLON ESQUERDO.

SEGMENTO INTESTINAL	SINAIS E SINTOMAS									
	TUMOR PALPÁVEL	DISTENSÃO ABDOMINAL	FEZES AFILADAS	DOR	MUCO C/OU SANGUE NAS FEZES	ENTERORRAGIA	TENESMO	EMAGRECIMENTO	DIARRÉIA	OBSTIPAÇÃO
CÓLON ESQUERDO	1 20%	3 60%	1 20%	4 80%	1 20%	1 20%	1 20%	2 40%	- -	3 60%

FONTE: ARQUIVO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE CRICIÚMA.

Nos tumores de cólon esquerdo, a dor esteve presente em 80% dos casos, seguida de distensão abdominal e obstipação em 60%. Emagrecimento em 40% e fezes afiladas, muco ou sangue nas fezes e tenesmo em 20% dos casos.

A palpação do tumor foi conseguida em apenas um caso.

TABELA VIII - ANÁLISE DOS PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS EM 9 CASOS DE TUMORES DE RETO.

SEGMENTO INTESTINAL	SINAIS E SINTOMAS									
	TUMOR PALPÁVEL	DISTENSÃO ABDOMINAL	FEZES AFILADAS	DOR	MUCO C/OU SANGUE NAS FEZES	ENTERORRAGIA	TENESMO	EMAGREÇIMENTO	DIARRÉIA	OBSTIPAÇÃO
RETO	4	1	1	4	5	4	4	8	3	-
	44,44%	11,11%	11,11%	44,44%	55,56%	44,44%	44,44%	88,89%	33,33%	-

FONTE: ARQUIVO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE CRICIÚMA.

Nos tumores de reto, emagrecimento esteve presente na grande maioria dos pacientes (88,89%). Muco e/ou sangue nas fezes esteve presente em 55,56% dos casos. Tumor palpável ao toque retal, dor enterorragia e tenesmo em 44,44%. Diarréia em 33,33%. Distensão abdominal e fezes afiladas em apenas 11,11% dos casos.

TABELA IX - PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS EM 3 CASOS DE CARCINOMA DE CÓLON DIREITO.

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS SEGMENTO INTESTINAL	SANGUE OCULTO NAS FEZES	ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAIXA	BIÓPSIA	TOQUE RETAL	PALPAÇÃO ABDOMINAL	CLISTER OPACO	ATO CIRÚRGICO
CÓLON DIREITO	1 33,33%	- -	- -	- -	- -	2 66,67%	1 33,33%

FONTE: ARQUIVO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE CRICIÚMA.

Nos tumores de cólon direito, o clister opaco mostrou-se o exame de maior utilidade, fazendo o diagnóstico em 66,67% dos casos.

O ato cirúrgico e a presença de sangue oculto nas fezes foram procedimentos diagnósticos utilizados em 33,33% dos casos.

TABELA X - PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS EM 5 CASOS DE CARCINOMA DE CÓLON ESQUERDO.

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS SEGMENTO INTESTINAL	SANGUE OCULTO NAS FEZES	ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAIXA	BIÓPSIA	TOQUE RETAL	PALPAÇÃO ABDOMINAL	CLISTER OPACO	ATO CIRÚRGICO	
CÓLON ESQUERDO	- -	2 40%	2 40%	- -	2 40%	- -	4 80%	

FONTE: ARQUIVO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE CRICIÚMA.

A endoscopia digestiva baixa com biópsia, foi o procedimento diagnóstico em 40% dos casos. A palpação abdominal evidenciou a presença de tumor, também em 40%.

A alta incidência diagnóstica do ato cirúrgico (80%), se deve ao fato de dois pacientes terem sido operados, por apresentarem quadro de abdome agudo obstrutivo a esclarecer.

TABELA XI - PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS EM 9 CASOS DE CARCINOMA DE RETO.

SEGMENTO INTESTINAL	PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS							
	SANGUE OCULTO NAS FEZES	ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAIXA	BIÓPSIA	TOQUE RETAL	PALPAÇÃO ABDOMINAL	CLISTER OPACO	ATO CIRÚRGICO	
RETO	-	9	9	4	-	5	-	
	-	100%	100%	44,44%	-	55,56%	-	

FONTE: ARQUIVO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE CRICIÚMA.

A endoscopia digestiva baixa com biópsia, foi diagnóstico em 100% dos casos. O clister opaco fez o diagnóstico em mais da metade dos casos, enquanto que o toque retal em pouco mais de 40%.

TABELA XII - RELAÇÃO ENTRE A CLASSIFICAÇÃO DE BRODERS E A SOBREVIDA EM MÊSES, DE 7 CASOS DE TUMOR DE RETO CUJOS PACIENTES FORAM A ÓBITO.

CLASSIFICAÇÃO BRODERS	I		II		III		IV		TOTAL	
SOBREVIDA EM MESES	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 6	-	-	03	42,85	02	28,57	-	-	05	71,42
6 - 12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 - 18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18 - 24	-	-	01	14,29	-	-	-	-	01	14,29
24 - 30	-	-	01	14,29	-	-	-	-	01	14,29
TOTAL	-	-	05	71,43	-	-	-	-	07	100

FONTE: ARQUIVO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE CRICIÚMA.

Dos pacientes com carcinoma de reto, cinco pertenciam ao grupo II. Destes, 42,85% tiveram sobrevida de zero a seis meses, 14,29% sobrevida de dezoi to a vinte e quatro a trinta meses.

Os dois casos do grupo III tiveram uma sobrevida de zero a seis meses (28,57%).

IV - DISCUSSÃO

O carcinoma de intestino grosso, representa em alguns países, a neoplasia mais frequente entre os tumores viscerais.

A moléstia é mais frequente nos países nórdicos da Europa e menos na América do Sul; e rara nos países andinos e africanos.

Aproximadamente 100.000 nos casos são diagnosticados e 50.000 pessoas -/ morrem de câncer colorretal por ano nos E.U.A.. Nos últimos anos, tem-se mantido estável a incidência do carcinoma gástrico e aumentado a incidência de câncer de cólon e reto. (8, 13, 18, 22.)

Carcinoma de cólon e reto é usualmente uma doença do idoso. O pico de incidência ocorre na sétima década da vida. Cerca de 95% dos pacientes está acima dos 40 anos, e a incidência em adultos jovens, entre 20 e 40 de idade, está em torno de 4 a 6% para todos os carcinomas de cólon e reto. (7, 20, 21.)

A incidência do tumor é variável nos diferentes segmentos do cólon. Ocorre em maior frequência no reto e sigmóide, seguido de cólon esquerdo, cólon direito e cólon transverso. (1, 6, 8, 10, 16, 18)

Numa evolução de 54 anos, Lead and others ⁽¹³⁾, verificaram que houve um relativo decréscimo na incidência do carcinoma de reto e um relativo aumento nos carcinomas em qualquer outra parte do intestino grosso.

Stater et al ⁽²¹⁾, encontraram uma significativa diferença na idade dos pacientes com carcinoma colorretal, dependendo da localização do tumor. Pacientes com lesão no lado direito, tem idade significativamente maior do que - aqueles com lesão do lado esquerdo, o que não coincide com os achados de Eisenberg et al ⁽⁶⁾, cujo estudo mostrou que a idade não fez diferença na - distribuição do sítio do tumor no intestino grosso.

A frequência dos tumores de reto é ligeiramente superior nos homens, - em relação as mulheres; entretanto, os tumores de cólon são mais frequentes nas mulheres ^(1, 14). Para alguns autores ^(6, 10), o sexo dos pacientes, não fez diferença na distribuição do sítio do tumor.

Na presente casuística, a maior incidência dos tumores colorretais, se deu na faixa etária dos 50 aos 70 anos, atingindo mais o sexo masculino em relação ao sexo feminino. Quanto ao segmento intestinal acometido, houve um predomínio dos carcinomas retais sobre os de cólon esquerdo e destes sobre os de cólon direito. Os tumores de reto foram mais frequentes no sexo masculino, enquanto que no sexo feminino predominaram os tumores de cólon esquerdo.

A etiologia dos tumores de cólon e reto é desconhecida, mas, admite-se (1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 21, 22) que fatores possam influenciar no seu aparecimento, como:

1. Lesões pré-cancerosas, isto é, as de caráter benigno que em etapa -/ posterior se "transformam" ou "degeneram" em câncer:

a) Polipose Hereditária Familiar, a mais indiscutível das lesões pré-cancerosas. Dos pacientes, a metade desenvolve carcinoma acima dos 30 anos.

b) Polipose Múltipla Familiar.

c) Retocolite Ulcerativa Inespecífica.

Sabe-se que a incidência de tumores malignos é maior entre os portadores de Retocolite Ulcerativa Inespecífica, do que na população em geral. Segundo a literatura ⁽³⁾, naqueles pacientes com doença limitada ao cólon distal, o risco de aparecimento do câncer não é superior aos controles, entretanto, a incidência de câncer é significativamente superior nos portadores de colite difusa, com mais de 10 anos de evolução.

d) Adenomas.

Alguns autores acreditam que adenoma-carcinoma é uma sequencial progressão. Adenomas de cólon com mais de um centímetro de tamanho, contêm carcinoma invasivo em mais de 1% dos casos, aqueles entre um e dois centímetro em 10% e aqueles maiores de dois centímetros em 50% (17).

2. Fatores gerais predisponentes:

a) Idade: maior frequência dos 40 aos 70 anos de idade.

b) Raça: mais frequente a raça branca.

c) Herança: estudos mostram numerosas famílias com elevada frequência /

de carcinoma colônico em várias gerações.

d) Dieta: o fator alimentar, é considerado por alguns autores, como um dos responsáveis pela maior frequência da lesão em algumas populações. Vários trabalhos sugerem que dietas ricas em proteínas animais, gorduras e carboidratos bem refinados, favorecem o aparecimento de carcinoma colorretal. Dieta pobre em resíduos, é fator predisponente, porque diminui o tempo de trânsito do conteúdo intestinal, e consequentemente, aumenta o tempo de contato do fator cancerígenos com a mucosa.

A quantidade de bile ácida secundária, isto é, ácido desoxicólico e lítico nas fezes, parece estar aumentado entre os pacientes com câncer colorretal, sugerindo que estes agentes podem ter um papel patogênico na doença.

A colecistectomia é conhecida por aumentar a quantidade de bile ácida secundária na circulação enteropática. Portanto, se a bile ácida secundária tem um papel patogênico no câncer colorretal, pode-se dizer que o risco da doença aumenta com a colecistectomia.

Turunen et al ⁽²²⁾, afirmam que o risco de câncer colorretal, é levemente mais significativo após a colecistectomia. O risco de câncer do cólon direito, parece ser três vezes superior ao do grupo controle, não colecistectomizado.

Dos tumores do cólon e reto, aproximadamente 98% são carcinomas, dentre os quais, o adenocarcinoma constitui a sua quase totalidade. O restante (2%) inclui sarcomas, dos quais o mais frequente é o linfossarcoma; os linfomas e carcinóides.

No seu crescimento, o tumor pode assumir várias formas. Dentre elas, as mais frequentes são: polipóide, ulcerado, anular, difusamente infiltrante ou ainda uma área endurecida sobre uma lesão benigna (Adenoma Viloso).

A forma polipóide predomina no cólon direito, enquanto que a ulcerativa e anular, que podem complicar com estenose, são mais comuns no cólon esquerdo e reto.

Adenocarcinoma mucinoso pode ser a forma mais maligna, com uma predileção por rápida invasão de toda superfície peritoneal. Este tipo de tumor, ocorre mais frequentemente em pacientes jovens, numa percentagem de 20 a 40%, embora existam trabalhos afirmando que existem evidências, não conclusivas, de que o carcinoma colorretal comporte-se diferentemente, em diferen

{de que o carcinoma colorretal comporte-se diferentemente, em diferentes} grupos etários (10).

Afim de avaliar o seu grau de malignidade e obter dados para estabelecer-se o prognóstico, procurou-se classificar os tumores, utilizando uma classificação anátomo-patológica proposta por Dukes e outra histopatológica idealizada por Broders.

Conforme os critérios de Dukes, pode-se dividir os tumores de cólon, segundo o seu grau de disseminação, em A, B e C.

O grupo A, compreende um carcinoma que invade apenas a mucosa e a lâmina própria, sem ultrapassar a muscular da mucosa, e sem metástases linfáticas.

O grupo B, inclui os carcinomas que invadem além da muscular da mucosa, os tecidos pericólicos ou perirretais, mas, não se observam metástases nos gânglios regionais.

O grupo C, engloba os carcinomas que apresentam metástases nos gânglios linfáticos.

Broders, classifica os tumores baseado no grau de diferenciação celular, em quatro graus.

Grau I - 75% de células bem diferenciadas e 25% indiferenciadas.

Grau II - 50% de células bem diferenciadas e 25% indiferenciadas.

Grau III - 75% de células indiferenciadas e 25% bem diferenciadas.

Grau IV - Mais de 75% de células indiferenciadas.

De modo geral, há correspondência entre as duas classificações, pois no grupo C de Dukes, é onde se encontram os tumores mais indiferenciados.

Contrariamente ao que relata a literatura, a maioria dos tumores neste trabalho, pertencia ao grupo II de Broders. Quanto a classificação de Dukes, houve maior incidência de tumores do grupo do grupo C, indo de acordo com a literatura.

A clínica dos tumores de intestino grosso, compreende uma série de sinais e sintomas que podem ser divididos em inespecíficos e sindrômicos, de acordo com a localização do tumor.

Dentre os sinais e sintomas inespecíficos, destacam-se:

- a) Anemia: quase sempre frequente quando se examina o paciente pela primeira vez. É hipocrômica, microcítica e não muito intensa, com hemoglobinas em torno de 12 g%, não guardando relação com a frequência e intensidade da proctorragia.
- b) perda de peso: é um sintoma de suma importância, aparecendo em 70% dos pacientes. A caquexia é o estado final, dificilmente apresentada pelos pacientes na primeira consulta.
- c) Anorexia: provocada mais pelo temor de ingerir alimentos e experimentar dores abdominais (reflexo gastro-cólico em presença de sub-oclusão).
- d) Astenia.
- e) Febre: em alguns casos raros, é o único sintoma, desaparecendo após a ressecção cirúrgica.

Qualquer carcinoma ao longo do intestino grosso, é suscetível de ocasionar a mais variada combinação dos sintomas mencionados.

Entretanto, as diferenças anatômicas e fisiológicas das distintas porções, determinam que os cânceres provoquem uma sintomatologia preferencial, de acordo com a sua localização.

Quando o tumor localiza-se em cólon direito, há tendência a crescer de forma vegetante, sendo mais propenso a hemorragia e maior precocidade metastática. Como o calibre intestinal é grande, há menores possibilidade de obstrução. Os tumores nesta localização causam: dor local, massa palpável, diarreia mais frequente do que obstipação, proctorragia, anemia e perda de peso.

Os tumores de cólon esquerdo, tem uma grande tendência, precoce, de evoluir com estenose e a crescer em circunferência reduzindo a luz intestinal. Evolui de forma mais lenta que o carcinoma de cólon direito(ou é diagnosticado mais rapidamente), o que permite melhor prognóstico. Como sintomas, a constipação predomina a diarreia, dor(dependendo principalmente do grau de estenose do cólon), distensão abdominal, borborigmos e ruídos hidro-aéreos, que acompanham a dor em cólica e são aliviados com a evacuação ou com a eliminação de gases, e proctorragia de sangue vermelho, cobrindo o cilindro fecal.

Os sintomas gerais são menos intensos.

Nos carcinomas de reto, o tumor tende a interferir precocemente no mecanismo evacuatório, seja alterando a função(diarreia,obstipação), seja provocando dores associadas com a defecação. A sensação de que o reto está ocupado de forma permanente, a vaga sensação de peso a tal nível, o puxo e o tenesmo retal com pseudo diarreia mucosa, são sintomas deste local. As fezes de calibre reduzido são observadas com menor frequência, exceto quando o tumor é de localização mais baixa e estreita. A ampola ou invade o ânus, impedindo a dilatação do esfíncter durante a defecação.

A hemorragia, muito variável, não é muito importante. Geralmente é característica a eliminação de sangue no final da defecação(daí a confusão com hemorróidas), ou misturado com muco na pseudo diarreia.

A obstrução é muito rara, dado o calibre da ampola, mas pode ocorrer nos casos abandonados por ignorância ou negligência.

Os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes na presente casuística, coincide com aqueles descritos na literatura para os diferentes segmentos intestinais.

Scrutiny(16), numa revisão da literatura, mostrou a incidência de obstrução por diferentes localizações do tumor: para cólon direito 12%; cólon transverso e esquerdo 25% e reto de 4 a 5%.

Para Hsu et al(10), o sintoma mais comum nos carcinomas de cólon em adultos jovens, foi a passagem de sangue pelo reto, O Segundo sintoma mais comum foi a dor abdominal, indo de acordo com outros relatos(20). Outros sintomas fora, diarreia, anemia e obstrução. Dor e emagrecimento foram os sintomas mais comuns para os tumores localizados no cólon direito(9).

Lea et al(13), num estudo de 1279 pacientes com adenocarcinomas colorretal, encontraram como mais comum, manifestações inicial, sangramento gastro intestinal baixo (36,7%) tipo enterorragia e/ou melena com exames laboratoriais evidenciando anemia, com sangue oculto nas fezes.

O diagnóstico dos tumores do intestino grosso, são feitos pela anamnese, exame físico, retossigmoidoscopia, estudos radiológicos e ato cirúrgico. Com estes meios, na grande maioria dos casos, o diagnóstico fica relativamente fácil. Ocorre, no entanto, que a hipótese de carcinoma não entra na cogitação do médico. Isto ocasiona sérios prejuízos para o doente, que poderia ter tido seu diagnóstico feito mais precocemente. Por isso, é de bom alvitre, considerar-se de etiologia neoplásica até prova em contrário, sobretudo nos doentes acima de quarta década da vida, não só diarréia que não cessa em poucos dias com o tratamento clínico, principalmente se ela se acompanhar de dejeções muco-sanguinolentas, como também a prisão de ventre que se instala bruscamente, ou se acentua nesta idade. Também nos casos de anemia em que os exames rotineiros não demonstram causa plausível, e nos doentes portadores de dispepsia não bem caracterizadas, nas quais se tem excluído afecções do estômago e da vesícula, exige-se uma investigação mais detalhada.

No exame físico, boa porcentagem de doentes apresentam-se desnutridos e com anemia hipocrômico microcítica. Alguns casos apresentam-se com distensão abdominal provocada por obstrução crônica do cólon ou pela presença de líquido na cavidade abdominal em consequência das metástases.

A palpação dos diferentes segmentos do cólon, pode revelar tumor palpável. Isto ocorre com maior frequência nos tumores do cólon direito, e são diagnosticados mais tardiamente, quando o tumor é maior.

Quando há metástases no fígado, ele se apresenta aumentado de volume e com superfície irregular, pela presença de nódulos tumorais. Estes também podem ser mostrados pela cintilografia hepática.

O toque retal permite o diagnóstico em 40% dos casos de carcinoma colorretal(8). O dedo examinador sente um tumor proliferante, de superfície irregular ou presença de sangue, as vezes misturado com muco, de odor ofensivo, o que reforça consideravelmente a suspeita diagnóstica.

Quando se suspeita de uma lesão maligna do intestino grosso, o exame radiológico é imprescindível, tanto para localizar a lesão, quanto para investigar o grau de obstrução, a existência de perfurações ou trajetos fistulosos e a presença de outro tumor concomitante.

Endoscopia digestiva baixa mostra os caracteres, o tamanho, a motilidade e o grau de obstrução do tumor. Não substitui mas complementa o exame radiológico. Embora, a endoscopia do cólon seja considerada mais acurada que o enema opaco, tem suas limitações principalmente nas lesões de áreas de flexura ou doença diverticular severa(17).

Todo câncer retal pode ser visualizado com sigmoidoscopia rígida e a biópsia é obrigatória antes de ser encaminhado a cirurgia.

A biópsia deve ser executada de rotina para determinar o grau da lesão e o tipo histológico. Nas localizações acima do alcance do retossigmoidoscópio, pode-se suspeitar da neoplasia pela presença de sangue, as vezes, misturado com muco no cólon sigmoide ou na ampola retal.

Os exames laboratoriais de rotina, não trazem nenhum resultado que permita diagnosticar as lesões mais precocemente ou com mais exatidão. Além de anemia (microcítica e hipocrômica), pode-se encontrar leucocitose e VHS acelerada, que em geral corresponde a uma infecção associada ao processo tumoral.

A hipoalbuminemia é geralmente tardia. O aumento das transaminases, fosfatase alcalina, assim como a elevação das 2-globulinas, geralmente são índices de metástase hepática. Deve-se investigar rotineiramente a presença de sangue oculto quando a perda sanguínea não é detectável macroscopicamente. A dosagem de antígeno carcinoembrionário (CEA), pelo método radioimunoensaio, tem sido realizado com frequência cada vez maior, embora, este teste não seja específico para adenocarcinoma de cólon; os níveis se elevam também em tumores do pâncreas, do pulmão e da próstata, em cianóticos e fumantes crônicos. Cerca de 70% dos pacientes portadores de carcinoma de cólon apresentam níveis séricos acima do normal (2,5mg/ml).

Neste trabalho, o clister opaco foi o principal procedimento diagnóstico para os tumores do cólon direito, seguidos pelo ato cirúrgico e pela pesquisa de sangue oculto nas fezes.

Para os tumores do cólon esquerdo, o ato cirúrgico foi diagnóstico na maior parte dos casos. A endoscopia digestiva baixa com biópsia e a palpação abdominal foram os procedimentos em 40% dos casos.

A endoscopia digestiva baixa com biópsia, fez o diagnóstico na totalidade dos tumores de reto. O clister opaco fez diagnóstico em mais da metade dos casos, enquanto que o toque retal, em pouco mais de 30%.

O diagnóstico diferencial do carcinoma de cólon, deve ser feito com: diverticulite, retocolite ulcerativa inespecífica, tuberculose íleocecal, moléstia de Cronn, polipose familiar e granuloma inespecífico.

Com a invasão é a primeira característica tumoral, muitos tumores do cólon podem ser diagnosticados devido a primeira complicação.

O tumor pode perfurar a parede intestinal, dando peritonite aguda; pode perfurar lentamente e exteriorizar-se do cólon, dando peritonite localizada; ou pode invadir os vasos sanguíneos e produzir sangramento retal vivo. Com mais frequência, o tumor obstrui parcialmente a luz intestinal por um longo período de tempo, durante o qual, o cólon proximal ao tumor se dilata lentamente sem alteração dramática nos sintomas, até que ocorra a obstrução franca. Isto ocorre com mais frequência quando o tumor está no interior do sigmóide onde as vezes são mais secas. Outras complicações, incluem fístulas entre o cólon e órgãos pélvicos, abscessos dentro da cavidade peritoneal e celulite da parede abdominal.

O tratamento de eleição do câncer colorretal é a extirpação radical da porção afetada.

Por extirpação radical, entende-se não somente a erradicação do tumor e de uma porção situada acima e abaixo que assegurem a anastomose em tecido são

(histologicamente), como também a erradicação das áreas linfáticas, quando estas participam do processo neoplásico.

É necessário estabelecer-se em primeiro lugar o critério de operabilidade, que em parte se determina na etapa pré-operatória e logo se completa durante o ato operatório de acordo com os achados.

Pode-se considerar como operável, todo paciente que se ajuste nos seguintes critérios:

1. Ausência de metástase e distância.
2. Ausência de invasão linfática maciça.
3. Ausência de invasão maciça nas áreas vizinhas.
4. Ausência de enfermidades concomitantes ou mal estado geral, que aumentem sw forma considerável o risco operatório.

A presença de metástase à distância indica inoperabilidade, sem possibilidades de cura, mas não são contra indicadas medidas cirúrgicas paliativas, que tendem a resolver problemas imediatos (obstrução, dor, fistulização, hemorragia).

A invasão linfática ou de vísceras vizinhas de forma maciça, não é indicação absoluta de inoperabilidade e o ato cirúrgico dependerá em cada caso das possibilidades locais de ressecção, que permitirão uma operação paliativa. Por outro lado, não se pode esquecer que na qualificação operabilidade, pesa consideravelmente a habilidade, experiência e critério do cirurgião.

Em termos gerais, a operabilidade média que se observa em numerosas estatísticas é de 80 a 90% dos casos, com mortalidade cirúrgica de 3 a 7%.

As medidas pré-operatórias visam o preparo do estado geral e do intestino. O preparo do estado geral consiste em corrigir a anemia, proteinopenia, desidratação e hipovitaminose, por meio de transfusões de sangue, da infusão de plasma e hidratação com soluções glicosadas e fisiológicas e com suplência de vitamina. Além disso, os distúrbios cardio-vasculares, pulmonares, renais e diabetes, próprios da idade, devem ser rigorosamente avaliados e tratados.

O preparo intestinal deve ser feito com dieta sem resíduos por dois a três dias para evitar a formação de fezes, limpeza mecânica e esvaziamento intestinal com o uso de purgativos e lavagens repetidas. A esterelização da flora é feita com antibióticos, dentre os quais, os mais usados são a kanamicina e a neomicina.

A ressecção abdomino-perineal tem sido por muitos anos o padrão para o manejo do carcinoma retal, e muitos bons serviços tem admitido esta condição-

Últimamente tem havido um interesse aumentado pelos procedimentos que conservam o esfíncter no manejo do carcinoma retal. Em certos casos de câncer retal, a ressecção anterior com conservação do esfíncter tem dado ao paciente uma boa chance de cura ou efetiva palição como a ressecção abdomino-perineal (colostomia permanente) (12).

Acima de reflexão peritonial, há uma considerável liberdade na escolha da técnica cirúrgica, dependendo primariamente do tamanho e extensão das lesões.

A eletrocoagulação é uma modalidade de tratamento muito eficiente do câncer do reto distal localizado, nos casos de lesões de origem exofítica, que representam carcinomas no estágio primário com poucas possibilidades de se alastrarem (11).

Quanto aos fatores prognósticos no câncer colorretal, em geral, sugerem que pacientes com tumor grande tem um pior prognóstico. Outros trabalhos (10, 16), mostram que o grau de invasão é o mais importante fator prognóstico.

Um irreconhecível mínimo residual de doença, após a cirurgia é responsável pela recorrência e morte. A terapia adjuvante tem-se mostrado tratamento efetivo para doença mínima em diferentes tumores malignos. A radio e quimioterapia diminui a recorrência e aumenta a sobrevida, nos estudos de carcinoma colorretal (19).

V - CONCLUSÕES

1. A maioria dos carcinomas de cólon e reto, ocorreram na faixa etária compreendida entre 50 e 70 anos. Na faixa dos 20 aos 40 anos, a incidência foi superior aos relatos de literatura.

Em um caso, a idade do paciente era 18 anos, fato raro em se tratando de câncer colorretal.

2. O sexo masculino foi mais atingido do que o feminino.

3. Os tumores de cólon direito e a maioria dos tumores de reto, ocorreram no sexo masculino, enquanto que no sexo feminino predominaram os tumores de cólon esquerdo.

4. Quanto ao segmento intestinal acometido, a maioria dos tumores se fizeram sobre o reto, seguido de cólon esquerdo e cólon direito, respectivamente.

5. Todos os tumores eram Adenocarcinoma, comprovados histopatologicamente, e a maioria classificados em grau II pelos critérios de Broders e pertencentes ao grupo C de Dukes. Estes achados indicam que os tumores são diagnosticados numa fase bastante tardia de sua evolução.

6. Nos tumores de cólon direito, a dor, o emagrecimento e a diarreia, foram os principais sinais e sintomas. Enterorragia ocorreu em menor frequência.

7. Dor, foi o principal sintoma para o cólon esquerdo, seguida de distensão abdominal e obstipação. Em menor frequência ocorreram emagrecimento, tumor palpável, fezes afiladas, muco e/ou sangue nas fezes, enterorragia e tenesmo.

Dois pacientes apresentaram quadro de abdome agudo obstrutivo.

8. Em relação aos tumores de reto, emagrecimento esteve presente na maioria dos pacientes, seguido de muco e/ou sangue nas fezes, dor, enterorragia e tenesmo.

9. Tumor ao toque retal, ocorreu em pouco mais de 40% dos tumores de reto, frequência esta abaixo daquela descrita na literatura.

10. Clister opaco, endoscopia digestiva baixa e ato cirúrgico, são procedimentos de suma importância para o diagnóstico dos tumores colorretais.

VI - RESUMO

Os autores analisam, retrospectivamente 17 casos de carcinoma colorretal, ocorridos no período de janeiro de 1970 à março de 1983, diagnosticados e tratados no Hospital São José de Criciúma.

A maioria dos casos ocorreu na faixa etária dos 50 anos 70 anos, com predominância da incidência no sexo masculino. O segmento intestinal mais acometido foi o reto.

Todos os casos eram Adenocarcinomas, comprovados anatomo-patologicamente.

Dor, emagrecimento e diarreia, foram os principais sinais e sintomas dos tumores de cólon direito. Para os de cólon esquerdo foram: dor, obstipação e distensão abdominal, Nos tumores de reto, emagrecimento foi a principal manifestação, seguida de muco e/ou sangue nas fezes, dor, presença de tumor palpável, enterorragia e tenesmo..

Clister opaco, endoscopia digestiva baixa e cirurgia, foram os principais procedimentos diagnósticos para os tumores colorretais.

O toque retal, levou ao diagnóstico em apenas 44% dos tumores de reto.

VII - SUMMARY

The authors analyse, retrospectively, 17 cases of colorectal carcinoma occurred in the period of January 70 to March 83, diagnosed and treated in Hospital São José, Criciúma.

The Majority of yhe cases occurred in patients from 50 to 70 years old, with predominance of incidence in males. The most involved intestinal segment was the rectum.

All the cases were anatomo-pathologically comproved as Adenocarcinoma.

The main signs and symptions of the right colon tumors where pain, weight loss and diarrhea; of the left colon were pain, obstipation and abdominal distension, and of the tumors of the rectum the weight loss was the most impotant sign, fallowed by mucus and/or bood in feces, presence of palpable tumor, enterorragy and tenesmus.

Barium enema, low digestive endoscopy and surgery, were the principals diagnostics procedures for the colorectal tumors.

The rectal touch led to diagnoses in only 44% of the rectal tumors.

VII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ARABEHETY, J. T., Tumores Malignos. In: Gastroenterologia, 1ª Ed., São Paulo, Ed. Guanabara Koogan, 1978, p. 552. 568.
- 2 - AUBERT, H., et al, Intérêt de la Surveillance des Malades Polypectomisés dans la Prévention du Cancer Rectocolique. A Propos de 123 cas, Gastroenterology Clin. Biol., 1982, 6: 183 - 7.
- 3 - BUTT, J. H., et al, A Practical Approach to the Risk of Cancer in Inflammatory Bowel Disease. Reassure, Watch ou Act?, Med. Clin. N. Amer., 1980, 64: 1203.
- 4 - COSTA, A. C., et al, Doenças Inflamatórias Crônicas do Intestino e Risco de Câncer, Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. São Paulo. 1981, 36(5): 189-93.
- 5 - DEUROEDE, G. & Taylor, W., On Calculating Cancer Risk and Survival of - Ulcerative Colitis Patients with the Life Table Method, Gastroenterology, 1976, 71: 505.
- 6 - EISENBERG, B., et al, Carcinoma of the Colon and Rectum: The Natural History Reviewed in 1704 Patients, Cancer, 1982, 49(6): 1131-4.
- 7 - FACTERMAN, K. W., et al, Cancer of Colon Rectum and Anus: A review of 2313 Cases, Cancer, 1974, 34: 951-9-
- 8 - GONÇALVES, E. L., et al, Tumores Malignos dos Colos, do Reto e do Canal Anal. In: Manual de Clínica Médica, 1ª Ed., Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 1980, p. 976-986.
- 9 - GREENSTEIN, A. J., et al, Cancer in Universal and Left-sided Ulcerative Colitis: Factores Determining Risk, Gastroenterology, 1979, 77: 290.
- 10 - HSU, Y. H., et al, Carcinoma of the Colon and Rectum in Young Adults, AM. J. Proctol. Gastroenterol. Colon Rectum Surg., 1982, 33(4): 7-12.
- 11 - HUGHES, E. P., et al, Eletrocoagulation of Rectal Cancer, Dis. Colon Rectum, 1982, 25(3): 215-18.

- 12 - KIRWAN, W. O., Recent Advances in the Management of Colorectal Câncer, Ir. Med. J, 1982, 75(4): 127-8.
- 13 - LEA, J. W., et al, Surgical Experience with Carcinoma of the colon and Rectum, Ann. Surg, 1982, 195(5): 600-7
- 14 - MENDELOFF, A. I., et al, Tumores do Colon e do Reto. In: Harrison Medicina Interna, 7ª Ed., Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, tomo II, 1977, p. 1376-1379.
- 15 - OHMAN, U., Colorectal Carcinoma in Patients Less Than 40 Year of Age, Dis. Colon Rectum, 1982, 25(3): 209-14.
- 16 - OHMAN, U., Prognosis in Patients with Obstruting Colorectal Carcinoma, Am. J. Surg, 1982, 143(6): 742-7.
- 17 - OVERHOLT, B. F., Colonoscopy and Colon Cancer: Current Clinical Practice Câncer, 1982, 32(3): 180-6.
- 18 - RAIA, A. A., Tumores Malignos do Colon. In: Clínica Cirúrgica Alípio Corrêa Netto, 3ª Ed., São Paulo, Ed. Sarvier, 5ª vol., 1979, p. 183-203.
- 19 - ROBINSON, E., et al, Combined Adjuvant Therapy of Radically Operated Colorectal Cancer Patients, Cancer Chemother. Pharmacol., 1982, 8(1): 35-40.
- 20 - SCARPA, F. J., et al, Adenocarcinoma of the Colon and Rectum in Young Adults, Southern Med. J., 1976, 69: 24-7.
- 21 - SLATER, G., et al, Age Distribution of Right - and Left-Sided Colorectal Cancers, Am. J. Gastroenterol, 1982, 77(2): 63-6.
- 22 - TURUNEM, M. J., et al., Increased Risk of Colorectal Cancer After Cholecystectomy, Ann. Surg, 1981, 194(5): 639-41.

TCC
UFSC
CC
0156

N.Cham. TCC UFSC CC 0156

Autor: Ramos, Rozenir

Título: Análise de 17 casos de carcinom



972803473

Ac. 252985

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM